

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 31

De la rupture des éventrations

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 3 Juin 1946

par

André GERMAIN

Né à Saint-Martin-de-Vergalgues (Gard), le 14 décembre 1919

pour obtenir le grade de docteur en médecine

Examineurs de la Thèse	{	MM. AIMES, professeur, <i>président</i> .	{	assesseurs.
		ETIENNE, professeur.		
		ROUX, agrégé.		
		CADERAS DE KERLEAU, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CLÉMENT BRUNEL

18, rue Dom-Vaissette

1946

DE LA RUPTURE
DES EVENTRATIONS

De la rupture des éventrations

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 3 Juin 1946

par

André GERMAIN

Né à Saint-Martin-de-Valgargues (Gard), le 14 décembre 1919

pour obtenir le grade de docteur en médecine

Examineurs de la Thèse	{	MM. AIMES, professeur, <i>président</i> . ETIENNE, professeur. ROUX, agrégé. CADERAS DE KERLEAU, <i>assesseurs</i> . agrégé.	}
---------------------------	---	--	---

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CLÉMENT BRUNEL

18, rue Dom-Vaissette

1946

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie.	MM. J. DELMAS.
Histologie.	TURCHINI.
Physiologie.	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.	BAUMEL.
Microbiologie.	
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	PUECH.
Hygiène.	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique . . .	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
—	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	N.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen honor.</i>
Clinique des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{re} âge.	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, <i>assesseur</i> .
Clinique gynécologique	AIMES.
Clinique ophtalmologique.	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.
Histoire naturelle, médicale et parasitologie	HARANT.

Charges de cours:

Anatomie.	LAUX.
Histologie.	GRANEL.
Radiologie.	LAMARQUE.
Chimie	MONNIER.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Microbiologie.CARRERE, <i>agrégé</i> .	Clinique de la tu-berculose.VIDAL, <i>professeur</i>
—	Pathologie et pro-MOURGUE-
Pathologie médic. .BOUCOMONT, <i>agr.</i>	pédeutique chirur.MOLINES, <i>agr</i>
—BERT, <i>agrégé</i> .	Pathologie chir.TRUC, <i>agrégé</i> .
Propédeutique méd.P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Chirurgie expérim.
Clinique interne . .PUECH, <i>profess.</i>	Médecine opératoireROUX, <i>agrégé</i> .
Clinique des mala-	Accouchements.CADERAS
dies contagieuses.JANBON, <i>profess.</i>	de KERLEAU, <i>agr.</i>
	Stomatologie.HOUPERT, <i>Dr en méd.</i>

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine.P. RIMBAUD.	Bactériologie.CARRERE.
—BOUCOMONT.	Chirurgie.MOURGUE-
—BERT.	—ROUX.
—LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	Urologie.TRUC.
PhysiologieLOUBATIERES,	AccouchementsCADERAS
ch. d'agr.	de KERLEAU.



A MA GRAND'MERE

Elle est pour moi une seconde mère. Depuis toujours, sa sollicitude vigilante m'a consacré chaque minute de son existence. Ma gratitude envers elle est infinie.

A MES GRANDS PARENTS

Témoignage de mes sentiments affectueux.

A MON PERE ET A MA MERE

Nos longues années de séparation n'ont fait qu'accroître l'immense tendresse que je leur voue.

A MA FIANCÉE

*Gage du tendre amour qui
nous unit.*

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

CROIX DE GUERRE

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

ET ORTHOPÉDIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE

CADERAS DE KERLEAU

CROIX DE GUERRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

De la rupture des éventrations

INTRODUCTION

La rupture d'éventration est une complication tardive survenant entre quelques mois et plusieurs années (35 ans dans l'observation de RIV), après une laparotomie. Elle diffère totalement de l'éviscération post-opératoire précoce qui, elle, se produit dans les jours qui suivent l'intervention. Tout d'abord, la masse viscérale a forcé la barrière musculo-aponévrotique déterminant l'éventration; la rupture du dernier obstacle, la peau, donne l'éviscération qui peut être considéré comme l'aboutissant ultime de l'éventration.

C'est une affection très rare. CHAVANNAZ, en l'absence de statistique suffisante, estimait que les éviscération post-opératoires (il groupait ensemble les formes tardives et précoces) devaient avoir une fréquence inférieure à une pour mille laparotomies; il note cinq formes tardives pour dix-huit précoces, soit une fréquence de l'ordre de 1 pour 5.000. ROSENO, en 1923, quinze ans après la description de VON HACKER n'en avait réuni que quarante-trois cas.

A propos d'une observation nouvelle, notre Maître, M. le professeur AIMES, nous a proposé d'étudier l'éviscération post-opératoire tardive. Tel est le but de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION

DELIMITATION DU SUJET

L'éviscération est l'issue de viscères abdominaux à travers une brèche de la paroi abdominale dont tous les plans ont cédé amenant les viscères au contact du milieu extérieur. Les viscères dans l'éviscération n'empruntent pas de trajets et de points faibles naturels contrairement à ce qui se passe dans les hernies.

Nous limiterons notre étude aux éviscérations apparaissant tardivement et secondairement à une éventration.

Ainsi défini, nous éliminons de notre sujet :

1° Toutes les éviscérations traumatiques non précédées d'une éventration (éviscération consécutive à un coup de couteau, à un coup de corne, ou relevant d'un mécanisme analogue);

2° Toutes les éviscérations consécutives à des ruptures d'enveloppes herniaires;

3° Toutes les éventrations. Ici la peau n'est pas rompue et il n'y a pas de contact entre les viscères et l'extérieur: différence capitale au point de vue de la conduite à tenir et du pronostic. Nous serons toutefois amenés à en parler comme stade préparatoire indispensable à la production de l'éviscération;

4° Enfin toutes les éviscérations post-opératoires précoces apparaissant en général au moment de l'abla-

tion des crins entre le huitième et le douzième jour après l'intervention, en moyenne. Elles ont fait l'objet de plusieurs thèses et de nombreuses publications. Nous ne les envisagerons qu'incidemment au cours de notre travail.

Nous rapportons une observation inédite due à l'obligeance de notre Maître, M. le professeur AIMES. A la lumière de cette observation et de celles déjà décrites dans la littérature, nous étudierons successivement :

- la symptomatologie que nous rapprocherons de la physiopathologie expérimentale chez l'animal ;
- le diagnostic ;
- le mécanisme et les causes de l'éviscération ;
- le pronostic ;
- la conduite à tenir ;
- le traitement.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Rupture traumatique d'une éventration post-opératoire avec issue d'épiploon.)

A. AIMES

Nous reproduisons in extenso l'observation de M. le professeur AIMES, à laquelle nous ajouterons sept observations relevées dans la littérature.

Mme G. Germaine, âgée de 43 ans, a été opérée, il y a quinze ans d'un volumineux fibrome utérin.

Le 23 août 1945, elle fait une chute par glissade dans un sentier pierreux et tombe de tout son long, en avant. En se relevant, elle a ressenti une violente douleur dans le bas-ventre, la marche est pénible et douloureuse, la malade doit tenir son ventre; elle peut cependant rentrer sans aide à son domicile.

Chez elle, elle constate la présence d'une « boule » à un travers de main au-dessous de l'ombilic, boule de la grosseur d'un œuf, peu douloureuse; elle remarque que la grosseur porte un « trou » dû, pense-t-elle, à un sarment de vigne ou à un caillou pointu, saignant peu; elle panse cette plaie à l'alcool et applique un bandage abdominal sans pansément. Elle continue à vaquer à ses occupations parce qu'elle doit soigner son vieux père, âgé de 80 ans, paralysé.

Quatre jours plus tard, le 27 août, la marche devient douloureuse, la station debout est pénible, la grosseur hypogastrique a atteint les dimensions d'une tête d'enfant et une production charnue de la grosseur d'une fraise a fait issue par la plaie.

La malade va consulter son médecin qui nous l'adresse immédiatement.

On constate une énorme éventration s'étendant de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Les viscères font saillie sous les téguments distendus formant une masse du volume d'une tête d'enfant. Par une plaie située au centre de l'éventration, l'épiploon fait issue au dehors, sous la forme d'une petite masse jaune rougeâtre de la grosseur d'une noix.

Température: 37°9. Pouls: 90.

La malade est opérée immédiatement, sous-anesthésie générale à l'éther: résection des téguments, du sac péritonéal et de l'épiploon, réduction de l'intestin et de l'épiploon, suture du péritoine facile, reconstitution plus difficile des plans musculaires largement écartés, suture des téguments; suites normales.

OBSERVATION II

(*Observation citée par CHAVANNAZ*)

DOEBBELIN (*in extenso*)

En 1892, hernie inguinale. En 1893, inflammation de la hernie. Il s'écoule du pus à l'incision et on trouve dans le sac, une portion de la vessie et de l'épiploon. Réduction de la vessie, résection de l'épiploon, drainage de la plaie.

Guérison: la malade peut se passer de bandage.

Dans la première semaine de décembre 1898, tuméfaction molle dans la région inguinale gauche, elle est réductible. Le 24 décembre, en l'absence de tout effort, vive douleur à la région ombilicale, quelque chose de mou et d'humide sort par l'aîne gauche; c'était une tumeur rouge du volume du poing. La malade veut aller trouver un médecin, mais elle est prise de syncope. DOEBBELIN constate que ce qui fait issue, c'est l'intestin grêle et son mésentère. Ni fièvre, ni vomissements, ni accélération du pouls. Le ventre n'est pas douloureux à la pression. L'anse intestinale mesure environ 30 centimètres. Elle est lavée à l'eau salée, au sublimé, puis encore à l'eau salée. Pour la réduire, aggrandissement de l'orifice qui était perméable pour deux doigts et siégeait au niveau de l'anneau inguinal. Après réduction, fermeture incomplète par des sutures. Il n'y avait pas trace de sac herniaire.

La guérison se fait aisément sans que la malade ait autre chose que de la sensibilité de l'abdomen. Une plaque d'agar mise en contact avec l'intestin se couvrit ensuite de colonies de staphylocoques dorés.

Au commencement de février, la malade est guérie et quitte l'hôpital.

Revue plus tard, on constate qu'une nouvelle rupture semble se préparer; la cicatrice s'est amincie à tel point qu'on sent très bien, à travers elle les anses intestinales et qu'on peut les saisir entre les doigts.

OBSERVATION III
(Citée par CHAVANNAZ)
REYGNIER

En 1889, une malade vient à l'hôpital d'Ivry, portant dans son tablier relevé tout son paquet d'anses intestinales qui, brusquement avait fait issue à la suite d'une rupture de la cicatrice d'une laparotomie. Nettoyage des anses à l'eau boriquée, réduction avec drainage. Guérison sans accidents.

OBSERVATION IV
(Un cas de CESTAN)

Femme de 55 ans, opérée pour un volumineux kyste de l'ovaire. La malade était parfaitement guérie et avait repris depuis deux ans ses pénibles occupations de fermière. En soulevant un sac pesant, elle perçut un craquement au niveau du ventre, puis la sensation de quelque chose de fluide et de chaud qui lui glissait sur le haut des cuisses; c'étaient ses anses intestinales échappées à travers la rupture de la cicatrice.

Deux heures après, le chirurgien la trouve maintenant ses anses grêles dans le pan d'une chemise d'une propreté fort douteuse. Il fit un nettoyage sommaire des intestins et de la paroi, réduisit les viscères herniés et ferma la brèche par une suture enchevillée.

La malade guérit parfaitement et pu reprendre toute son activité.

OBSERVATION V
(Un cas de TIXIER)

Cure radicale d'une volumineuse hernie ombilicale. Reproduction deux ans après. Dans un effort de défé-

cation, rupture de cicatrice; sortie des viscères. La malade les recueille dans son tablier. Désinfection, réintégration. Mickulicz. Guérison.

OBSERVATION VI

(*Un cas de Pozzi*)

Eventration par rupture de la cicatrice chez une femme ayant subi deux laparotomies. Les anses intestinales sont réduites et l'abdomen est refermé deux heures après l'accident.

OBSERVATION VII

RIU

Laparotomie pour grossesse extra-utérine. Drainage. Fistule stercorale guérie en quatorze mois. Eventration consécutive. Trente-cinq ans après, au cours d'un accès de toux, éviscération d'une anse grêle à la suite d'une rupture indolore de la cicatrice. Pas de phénomènes généraux importants. Douze heures après, nettoyage des anses intestinales, réintégration, drainage par deux drains caoutchouc. Guérison sans complications.

OBSERVATION VIII

(In *Deutsch. Med. Woch.*, tome XLIX, n° 46, 16 novembre 1923, p. 1.440.)

Hernie crurale opérée en 1918. Récidive un an après. En 1923, rupture avec issue d'une masse intestinale du volume d'une tête d'adulte. Peau rouge et éclatée. Réintégration. Drainage. Guérison sans récidive.

CHAPITRE III

EVISCERATION EXPERIMENTALE ET SYMPTOMATOLOGIE

Dans sa thèse inaugurale, TIXIER, de Lyon, étudie les effets physiologiques de l'éviscération expérimentale chez l'animal. Il nous a paru intéressant de rapprocher ses constatations des différentes observations cliniques.

Certes, les conditions d'apparition sont notablement différentes dans l'éviscération expérimentale et dans l'éviscération spontanée tardive; elles seraient plus facilement superposables à celles de l'éviscération spontanée précoce. Cependant, d'après son observation IX d'un animal porteur de lésions péritonéales chroniques, qui, du point de vue physiologique, se rapproche des malades présentant une éviscération consécutive à une éventration ancienne, TIXIER croit pouvoir généraliser ses résultats. Ils pourront donc être comparés aux constatations cliniques chez les éviscérés tardifs. Nous verrons que les faits ne confirment pas entièrement ses vues.

Nous exposerons les conclusions essentielles de TIXIER tout d'abord.

TIXIER, opérant sur le chien ou le chevreau pratique sous-anesthésie générale (éther, chloroforme, chloral) des éviscérations globales suivies de manipulations intestinales diverses (pincements, déplacements en

masse des viscères, déroulements). Ces éviscérations durent 30 minutes en moyenne. Il réintègre et procède alors à la suture de la paroi abdominale.

Il enregistre graphiquement pouls, respiration, cardiogramme, tension artérielle. Enfin, dans certains cas, il note la température. Il étudie l'action de l'eau chaude sur ces phénomènes physiologiques.

Il note les réactions des chiens sains et des chiens « choqués », c'est-à-dire présentant une altération péritonéale, déterminée expérimentalement par ligature d'une anse, éviscération préalable plus ou moins ancienne, etc...

Chez l'animal sain :

L'éviscération est suivie de réactions minimales : le pouls est légèrement ralenti, la respiration est peu accélérée ; la tension maxima baisse ; le cœur se ralentit sans présenter de modification de son rythme.

Les manipulations intestinales entraînent des troubles analogues, également peu importants.

Quand elles cessent, le pouls, la respiration, le cœur, tendent à reprendre leur rythme normal ; la pression maxima remonte sans toutefois atteindre sa valeur qu'elle avait avant l'intervention. Ces variations ne se produisent pas instantanément, mais présentent un temps perdu variable d'une demi à quelques minutes.

Respiration, cœur, P. M. ne sont pas solidaires, une seule fonction pouvant être intéressée ou nettement plus vite troublée. Quand elles sont toutes atteintes simultanément, elles le sont au même degré.

Les modifications sont d'autant plus importantes que le traumatisme est plus violent.

Fait important, après un laps de temps de quinze minutes en moyenne, on voit brusquement les phénomènes

s'intensifier. On assiste à une sensibilisation brutale du péritoine : un simple contact avec le péritoine, des doigts de l'opérateur, va donner des variations dans le même sens, mais beaucoup plus nettes. La pression maxima baisse dans un cas de 142 mm. à 100 mm. en 20 secondes ; le pouls devient parfois indéchiffrable ; la respiration très superficielle, saccadée, irrégulière, haletante. Elle atteint jusqu'à 36 mouvements respiratoires en plus par minute. Le ralentissement cardiaque s'accroît (chute de 30 pulsations par seconde) en même temps qu'apparaissent des contractions faibles ou même avortées.

Ces manifestations atteignent leur maximum d'intensité au moment de la réintégration tant en raison des difficultés considérables que l'on rencontre fréquemment à ce moment de l'intervention et qui nécessitent des manipulations longues et vigoureuses, que par le fait qu'elle a lieu en fin d'intervention, au moment où les altérations et la sensibilité viscérales sont maxima.

A ces changements de rythme circulatoire et respiratoire, à ces chutes de pression intermittents dus aux manipulations et tendant à s'atténuer lorsqu'elles cessent (il s'agit de réflexes viscéro-sensitifs rapides), il faut ajouter une modification lente, progressive et durable : on voit, en effet, la P. M. baisser continuellement tout au long de l'intervention. Elle remonte parfois, mais sans jamais atteindre sa valeur initiale.

TIXIER, étudiant l'action de l'eau chaude répandue sur les anses éviscérées, note une augmentation de la P. M. ; aucune modification des troubles circulatoires et respiratoires.

La température s'abaisse mais faiblement de 1° de moyenne (maximum enregistré 1°8). Elle remonte après l'intervention et dépasse la normale en cas d'infection.

Chez l'animal présentant une irritation expérimentale du péritoine :

On enregistre les mêmes résultats, mais beaucoup plus nets. Fait remarquable, le temps de latence de quinze minutes observé chez l'animal sain et pendant lequel on peut manipuler à peu près impunément l'intestin n'existe pas. Dès l'éviscération, les phénomènes réflexes se déclanchent.

A noter que dans le cas d'altérations péritonéales anciennes, — quinze jours chez le chien de l'observation IX — l'animal réagit comme s'il était sensibilisé au choc. TIXIER conclut qu'un péritoine résistant vis-à-vis de l'infection ainsi qu'en témoignent les signes de péritonite subaiguë présenté par l'animal : adhérences, quelques gouttes de liquides épanchées dans la cavité péritonéale, séreuse ecchymotique, se montre particulièrement sensible vis-à-vis des traumatismes générateurs de choc.

SYMPTOMATOLOGIE

Telles sont les constatations expérimentales. Examinons maintenant les signes observés en clinique.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX

L'ensemble des observations se montre particulièrement laconique sur les réactions générales suivant l'éviscération. Toutefois, on peut remarquer que les malades ne s'en montrent pas particulièrement incommodés, témoin la malade de l'observation de REYNIER, qui vient à l'hôpital d'Ivry, portant dans son tablier relevé, un paquet d'anses intestinales.

L'INFECTION

Les phénomènes infectieux sont extrêmement discrets malgré des contacts infectants multiples. Dans le cas que nous rapportons, le quatrième jour après la rupture de la paroi abdominale, la température est de 37°9, le pouls à 90. Cette résistance à l'infection est tout à fait remarquable chez notre malade chez laquelle le bouchon épiploïque a formé barrière à l'infection, mais elle est générale et se retrouve dans toutes les observations, même dans les cas où la masse herniée est considérable.

Cette notion est confirmée par le traitement qui est appliqué à ces éviscérations dans les observations que nous rapportons : on remarque, en effet, que, en présence de viscères profondément souillées, le chirurgien se contente d'une toilette le plus souvent très sommaire, réintègre les viscères dans la cavité, ferme le plus souvent sans drainage et n'observe pas le moindre signe d'inflammation péritonéale alors même que la septicité de la séreuse est rendue évidente (observation de DOEBELIN) par les cultures de staphylocoques dorés qui se développent sur les plaques d'agar mises au contact de l'intestin.

Il nous semble donc que l'on peut admettre, avec TIXIER cette résistance particulière du péritoine enflammé chroniquement vis-à-vis de l'infection. Mais cette condition spéciale du péritoine ne nous semble pas suffisante, les anses souillées entrant en contact aussi bien avec du péritoine sain qu'avec du péritoine altéré. Par ailleurs, des éviscérations traumatiques où la réintégration s'était faite dans des conditions d'asepsie également douteuses n'ont pas eu de suites fâcheuses, le péritoine montrant une résistance tout à fait remarquable et mal expliquée.

Nous ne pouvons admettre la sensibilité de ces péritoines lésés vis-à-vis du choc abdominal, la quasi-totalité des malades n'en ayant pas présenté le moindre signe, malgré les conditions détestables de refroidissement, dessiccation, manipulation, septicité et de durée qui auraient semblé imposer un pronostic des plus sombres.

SIGNES LOCAUX

LA DOULEUR :

La rupture est annoncée par une douleur brutale, souvent très vive, accompagnée d'une sensation de déchirement et de craquement perçu par le malade. Son intensité est variable, elle est de courte durée, habituellement ne laissant qu'une sensation de gêne. Notre malade, après la rupture de sa paroi a pu rentrer chez elle et continuer son travail pendant quatre jours. La douleur reconnaît comme origine la déchirure des téguments à laquelle s'ajoute, comme chez notre malade, un agrandissement de la brèche musculo-aponévrotique qui se traduit par une augmentation de la poche d'éventration préexistante. L'absence de phénomènes généraux et particulièrement de choc, semble exclure un point de départ viscéral. Plus rarement, comme dans un cas de ROSENO, la douleur fait complètement défaut. Il s'agit alors de malades présentant au niveau de leur éventration des téguments tellement amincis que l'effort nécessaire à provoquer la rupture a été tout à fait minime au point de passer complètement inaperçu.

Des phénomènes subjectifs concomittants attirent alors l'attention du malade. C'est le plus souvent une sensation de corps chaud et humide reposant sur les cuisses ou l'abdomen, suivant l'importance de l'éviscération en même temps que le malade se sent mouillé.

L'HÉMORRAGIE :

Elle est toujours minime comme dans notre observation. La déchirure se produisant au niveau d'une peau très altérée, amincie, avasculaire, il est naturel que la perte sanguine soit faible; aussi n'est-ce pas du sang qui mouille le malade, mais le liquide péritonéal. Ce liquide a pour origine un phénomène inflammatoire (péritonite subaiguë), mais surtout une transudation due aux troubles circulatoires dont les anses intestinales herniées sont le siège, par suite de leur pincement au niveau de la brèche ouverte dans la paroi musculo-aponévrotique abdominale.

SIGNES PHYSIQUES

Nous n'insisterons pas sur les signes physiques, nous réservant d'y revenir dans le chapitre du diagnostic, au moment où le chirurgien devra apprécier l'étendue et la gravité des lésions.

Signalons simplement que notre malade présente une particularité à ce point de vue.

Habituellement, l'éviscération est évidente, amenant le malade à consulter immédiatement. Le chirurgien constate l'issue d'une partie du contenu abdominal en même temps, parfois, qu'une augmentation de l'éventration ancienne.

Notre malade, à la suite de sa chute, constate la présence d'une « boule » correspondant à un accroissement de son éventration, et seulement d'un « trou » sans la moindre issue d'épiploon ou de viscère, au point que la malade pensant, semble-t-il, à une plaie cutanée, la soigne comme telle et ne consultera que quatre jours plus tard. Cette symptomatologie discrète peut être

lourde de conséquences lorsque l'accident se produit dans un milieu menant une vie rude et peu enclin à solliciter un avis médical; un délai assez long séparera l'accident de l'intervention chirurgicale, faisant courir les plus grands risques d'infection à la cavité péritonéale ainsi ouverte sur le milieu extérieur.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

L'éviscération suivant, en règle générale, immédiatement la rupture de l'éventration et frappant un sujet en bonne santé, le diagnostic n'offre d'habitude aucune difficulté: il est porté par le malade lui-même.

Il repose sur la constatation de l'issue des viscères hors de l'abdomen par une brèche de la paroi abdominale. Il est exceptionnel, comme dans notre observation, que l'orifice soit pris par la malade pour une plaie cutanée. Le chirurgien fera facilement la différenciation.

Nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic d'« éviscération ». Mais le chirurgien aura, en outre, à apprécier pour fixer sa conduite à tenir:

1° *L'étendue de l'éviscération et la nature des viscères herniés:*

Exceptionnellement, il rencontrera le foie, l'estomac; le plus souvent: l'intestin grêle, quelques franges épiploïques, plus rarement le cœcum, le côlon ascendant. Dans les observations que nous avons recueillies, les auteurs parlent de masse intestinale, sans donner plus de détails. L'importance de l'éviscération n'est pas davantage précisée le plus souvent.

L'éviscération peut ne porter que sur une masse épiploïque. C'était le cas pour notre malade; sur une anse intestinale; à l'autre extrême, dans un cas de CHIBRET, cité par CHAVANNAZ, elle intéressait 1 m. 50 d'intestin

grêle, le cœcum et le côlon ascendant. Tous les intermédiaires peuvent se rencontrer.

2° *L'état de ces viscères:*

Deux sortes de lésions sont à considérer:

A) On note, d'une part, la présence d'adhérences anciennes dues à ce que l'éviscération a été précédée pendant une période variable par une éventration. Les viscères sont fixés plus ou moins intimément à la face profonde des téguments et entre eux, les adhérences les plus solides et les plus nombreuses sont situées autour de la brèche créée dans le plan abdominal musculo-aponévrotique.

Cet état de chose très préjudiciable parce qu'il rend la réduction très difficile au chirurgien présente une contre partie heureuse:

— La limitation de l'éviscération: démontrée, au moins dans certains cas, par le fait que le chirurgien cherchant à procéder à la désinfection de la partie de l'intestin située au niveau de la brèche, malgré des tractions volontaires, ne peut extérioriser une portion de viscère plus grande que celle qui est sortie, au moment de la rupture;

— Le rôle de protection joué par cette barrière adhérentielle qui évite l'infection de la cavité péritonéale par le milieu extérieur.

B) Les altérations dues à l'éviscération elle-même. Elles sont le plus souvent difficiles à apprécier cliniquement, de nombreuses causes venant se surajouter: manipulations des anses par les malades qui les recueillent dans des conditions d'asepsie des plus douteuses.

OLSHAUSEN, cité par TIXIER, parlant des altérations locales dans l'éviscération opératoire qui est tout à fait analogue à l'éviscération expérimentale, signale que : « l'éviscération trop prolongée amène des changements dans la circulation intestinale, se traduisant par une stase veineuse, une infiltration séreuse et l'apparition d'ecchymoses. En même temps, s'installe une paralysie de la musculature intestinale pouvant provoquer l'ileus ».

Cliniquement, les différents facteurs agissant simultanément avec l'éviscération provoquent des lésions variant suivant l'ancienneté de la rupture. Les malades sont rarement vus immédiatement ; au bout de quelques heures, les anses sont rougeâtres, congestionnées, distendues par les gaz. Elles sont froides. Douze heures après l'éviscération, RIV les trouve rouges, dépolies, cartonnées. Elles sont couvertes de fausses membranes jaunâtres et ont contracté des adhérences, par endroit très intimes, avec la paroi, les linges ou pansements placés pour les protéger.

Dans les cas très tardifs, les viscères, agglomérés en une masse unique, sont recouverts de bourgeons charnus. Il s'agit là d'une ébauche de réparation spontanée qui peut survenir, se complétant par épidermisation dans les cas aujourd'hui exceptionnels où l'éviscération n'est pas suivie de réintégration chirurgicale.

3° *L'orifice de sortie :*

Il est toujours petit, beaucoup plus que ne le laisserait supposer quelquefois la masse herniée.

Les téguments qui se rompent sont très rarement sains ; ils présentent alors un orifice dont les bords sont épais, irréguliers, saignants, à bords souples.

Le plus souvent, la solution de continuité siège, soit au niveau de la cicatrice, soit dans son voisinage immédiat. Ici, les téguments, qui sont le siège de troubles trophiques, sont blancs, amincis, avasculaires. L'orifice a des bords souvent rigides, tranchants et exsangues. Ces conditions sont tout à fait propices au pincement de la base de l'anse herniée qui entraînera des troubles circulatoires à son niveau.

Enfin, la rupture peut se faire au niveau d'un trajet suppurant déterminant un ensemencement septique de la masse qui fait irruption et augmentant les risques d'infection péritonéale. Le fait est rare dans l'éviscération tardive. CHILBRET en rapporte une observation sans suites fâcheuses.

4° *La souillure:*

Il faut en apprécier l'importance. La rupture s'est faite inopinément: nous sommes loin, par conséquent, des éviscérations opératoires pratiquées dans des conditions idéales d'asepsie; loin même de l'éviscération post-opératoire précoce où les viscères sont souvent contenus par un pansement aseptique. Ces malades retrouvent leurs intestins dans leur lit, recouverts d'une chemise sale; ou bien encore, ils les recueillent dans un tablier douteux. Ils sont donc largement souillés le plus souvent. Le chirurgien devra avoir cette notion présente à l'esprit lorsqu'il devra décider de l'opportunité du drainage.

Chez notre malade, l'éviscération étant tout à fait minime, la souillure a été insignifiante et n'a causé aucune difficulté opératoire.

ts *La localisation:*

Le chirurgien reconnaîtra l'endroit où s'est produit la rupture. Les observations montrent que ce sont les cicatrices des laparotomies sus et sous-ombilicales qui se rompent le plus fréquemment, ainsi que celles consécutives aux cures des différentes hernies. Notre malade rentre dans le premier cas.

Le chirurgien a fait le bilan de l'accident. Il doit maintenant connaître le terrain sur lequel il va intervenir :

1. L'état général du malade :

Il appréciera l'importance du choc et le degré de l'infection péritonéale.

Il procédera à un examen général comme pour tout opéré, en insistant :

- sur la T. A. et particulièrement la différentielle ;
- sur le cœur ;

le système cardiovasculaire étant le plus profondément atteint par le traumatisme opératoire.

Certains auteurs pensent que ces explorations sont insuffisantes et pas toujours fidèles (FIASTRE). Ils préconisent, pour connaître d'une façon plus exacte l'état de la circulation, de s'adresser à la pression veineuse et à la vitesse du sang circulant. Ils auraient, en effet, rencontré des états de choc avec hypertension. Quoiqu'il en soit, ces chocs avec hypertension sont tout de même rares et la recherche de la pression veineuse et de la vitesse du sang constituent des explorations beaucoup plus délicates à mettre en œuvre en clinique. Pratiquement, on s'en tiendra à l'examen du pouls, l'auscultation du cœur, la prise de tension artérielle.

Du point de vue du système neuro-végétatif, il serait intéressant de connaître le R. O. C., les vagotoniques

étant, selon TIXIER, beaucoup plus exposés que les sympathicotoniques, à faire des phénomènes de choc à propos des manipulations intestinales qui vont être nécessaires et de la réintégration de la masse herniée.

Pour les suites opératoires, on examinera l'appareil pulmonaire afin de décèler une affection aiguë ou chronique (asthme, bronchite chronique particulièrement), qui, présentant une poussée favorisée par une anesthésie par inhalation, provoquerait des accès de toux dangereux pour la solidité des sutures et de la cicatrice.

Dans un même esprit, on recherchera, au niveau de l'appareil digestif : un météorisme qui soumettrait à une surpression la paroi abdominale ; une constipation chronique qui pourrait être responsable d'efforts excessifs.

2. L'exploration des parois :

Elle montrera parfois :

L'adiposité du sujet, favorable aux interpositions graisseuses au moment de la suture et s'accompagnant d'un relâchement des muscles ;

L'amaigrissement avec fonte musculaire peu propice aux sutures solides.

Le chirurgien a fait le bilan de son malade. Il pourra maintenant fixer la conduite qu'il adoptera. Mais, auparavant, examinons les causes et le mécanisme de l'éviscération.

CHAPITRE V

CAUSES ET MECANISMES

Nous distinguerons des causes prédisposantes et une cause efficiente.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Elles frappent la paroi abdominale par des mécanismes variés, mais aboutissent à l'événtration, condition indispensable à l'éviscération.

1° *L'intervention chirurgicale:*

Opérations d'urgence où en raison de l'état grave du malade, on a du terminer vite en refermant rapidement la cavité abdominale, sans avoir le temps de reconstituer une paroi résistante;

— Interventions septiques sur l'abdomen nécessitant un drainage large et surtout l'emploi du Mickulicz, responsable de cicatrices étendues et souvent peu solides;

— Laparotomies portant sur un abdomen distendu, aux parois épuisées et altérées par suite de la surpression interne: opération pour tumeur abdominale volumineuse, à laquelle il faut opposer l'opération césarienne, qui, pratiquée sur une paroi abdominale dont les muscles ont subi une hypertrophie physiologique, exposera moins aux événtrations post-opératoires, l'élément musculaire ayant conservé ses qualités élastiques et contractiles;

— Infection de la plaie opératoire qui expose à la rupture précoce et si elle ne se produit pas, donne des cicatrices fragiles;

— Erreur de technique: interposition au cours de la réfection de la paroi de franges épiploïques, de fragments du panicule adipeux qui ne permet pas une coaptation parfaite des lèvres de la plaie, empêchant le tissu fibreux de venir les sceller solidement;

— Hémostase insuffisante: l'épanchement sanguin agit d'abord et essentiellement d'une façon mécanique comme un corps étranger, écartant les lèvres de la plaie. Bien que, théoriquement perméable, aux travées fibreuses, il laisse, après sa résorption, un point faible dans la cicatrice.

D'autre part, l'hématome constitue un excellent milieu de culture où l'infection pourra se développer et donner une suppuration de la ligne d'incision.

Enfin, l'agitation post-opératoire, l'indocilité de l'opéré, compromettent la cicatrisation.

Le lever précoce serait également responsable d'événement, la cicatrice n'ayant pas acquis encore une résistance suffisante.

2° *Des atteintes pathologique ou traumatique de la paroi:*

Elles agissent, d'après DENNECÉ, par une altération de l'élément musculaire de la ceinture abdominale.

Nous noterons:

1. De troubles trophiques d'origine nerveuse: événement post-poliomyélitique;

2. Des troubles de la nutrition:

L'adiposité: DENNECÉ, examinant les muscles abdominaux de tels sujets, les trouve infiltrés de graisse, ce qui facilite leur dilacération et diminue leur résistance. A cette fragilité, s'ajoute un autre facteur: l'augmentation de la pression abdominale. Viscères et méso sont

surchargés de graisse, l'effet de la pesanteur s'en trouve accru. Son action mécanique s'exerçant constamment sur une paroi affaiblie, amène un relâchement et une distension de la sangle.

Les cachexies: DENNECÉ pense qu'elles sont moins souvent la cause d'éventrations. Elles agissent par la fonte des muscles et par des troubles de leur nutrition qui les rendent friables. Ici la pression abdominale étant beaucoup plus faible que chez le sujet obèse, la paroi, malgré la diminution de sa résistance, aura moins de chances de se trouver forcée;

3. L'infection:

Les abcès de la paroi agissent en désorganisant les tissus, et en amenant une atrophie musculaire;

4. Les traumatismes:

Nous ne parlerons pas du traumatisme entraînant directement l'éviscération qui est hors de notre sujet. Nous n'envisagerons que la contusion abdominale. Elle détermine la production d'un hématome du à une déchirure musculaire. Lorsqu'il s'est résorbé, il laisse une brèche consécutive à la rétraction des faisceaux musculaires rompus, par laquelle les viscères abdominaux viennent faire hernie.

Enfin, grossesses répétées, tumeurs, ascite par la distension permanente des parois qu'elles occasionnent, déterminent une involution des couches musculo-aponévrotiques qui perdent leur élasticité et leur résistance, laissant, après la disparition de ces causes, une paroi affaiblie.

Ces causes pathologiques et traumatiques sont d'importance secondaire. En effet, les observations montrent que l'éviscération post-opératoire est la seule pratiquement qui s'est montrée capable de produire l'éviscéra-

tion. Il est vrai que trois fois sur cinq, dans la statistique de CHAVANNAZ, il s'agissait de laparotomie pour cure de hernie (une ombilicale, deux inguinales). Il y aurait une dystrophie pariétale qui aggraverait la laparotomie et favoriserait l'éviscération.

A notre avis, c'est ainsi qu'il faut envisager toutes les causes que nous avons groupées sous le nom de « pathologiques ». Incapables par elles-mêmes de produire l'éviscération, elles devront la faire craindre si le sujet porteur de ces lésions doit subir une laparotomie.

L'action médicale est le plus souvent inopérante. La connaissance de ces causes a pourtant un intérêt: elle contreindiquera toute laparotomie qui ne sera pas absolument indispensable et obligera le chirurgien à un surcroît de précautions lorsqu'il refermera l'abdomen.

A ces causes qui ne sont à l'origine de l'éviscération que parce qu'elles favorisent l'éventration, il faut ajouter, avec RIV, les infections subaiguës exogènes et les lésions eczématiformes qui frappent les téguments au niveau de l'éventration. Elles sont provoquées par le port de bandages et favorisées par le manque d'hygiène. Ces lésions entraîneraient une atrophie cutanée et une diminution de la résistance de la peau.

CAUSES DÉTERMINANTES

L'effort est la condition indispensable à la constitution de l'éviscération. Quelle que soit sa nature, il détermine la mise en tension brusque de la paroi abdominale et s'accompagne de l'augmentation de la pression intra-abdominale amenant le contenu de la cavité à faire hernie au niveau des points faibles.

Chez notre malade, c'est un effort pour éviter une chute; d'autre fois, c'est en soulevant un poids que

l'accident se produit; très souvent, il s'agit d'efforts physiologiques: accès de toux, éternuements, vomissements, efforts de défécation.

Ces notions sont à retenir pour la période post-opératoire où ces causes pourront s'exercer à nouveau compromettant la solidité des cicatrices et pouvant faire craindre des récidives.

Il est exceptionnel que les malades ne signalent aucun effort comme dans le cas rapporté par DOEBBELIN. On peut alors admettre tout de même un effort minime au point de passer inaperçu, qui, en raison de la faiblesse extrême de la paroi, suffira à la rompre.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Quel est le pronostic de l'éviscération abandonnée à elle-même ?

Nous n'avons pas trouvé d'observation d'éviscération tardive où le chirurgien n'ait essayé de réintégrer et de fermer l'abdomen.

L'évolution vers la péritonite ou vers un état de choc s'aggravant progressivement et l'exitus n'est pas inéluctable, si l'on peut établir une analogie avec certaines éviscérations traumatiques abandonnées à elle-même. Deux modes de réparation sont possibles : TIXIER, dans sa thèse, rapporte le cas d'une femme éviscérée d'un coup de corne. Elle refuse tout traitement en raison de l'intensité des phénomènes douloureux. Après différents accidents dus à une péritonite localisée grâce aux adhérences, les viscères herniés réintégrèrent spontanément l'abdomen et la brèche se ferma par bourgeonnement. Dans un autre cas, les anses éviscérées se recouvrirent de bourgeons charnus qui s'épidermisèrent. Il est peu vraisemblable que les éviscérations tardives aient une tendance semblable à la réparation spontanée en raison de l'état dystrophique de la paroi, et sans doute général. C'est ainsi que, tout au contraire, le malade de DOEBBELIN voit son éviscération traitée chirurgicalement sur le point de récidiver.

L'éviscération, actuellement, est toujours traitée chirurgicalement.

Quel en est le pronostic?

Les accidents généraux sont minimes. Les malades se présentent d'habitude avec un excellent état général; ils supportent très bien l'intervention. CHAVANNAZ, sur les cinq cas cités, ne rapporte point de mort. RIU donne une mortalité de 12 % (Statistique de ROSENO).

Les suites opératoires sont le plus souvent absolument normales; il en a été ainsi chez notre malade.

Si le pronostic vital est en général bon, contrairement à ce que pourraient le laisser supposer des accidents aussi importants, quel est le pronostic fonctionnel?

La réparation de la paroi abdominale porte sur des tissus amincis, atrophiés, mal nourris, ayant perdu de leur vitalité. Aussi l'apparition de l'éventration post-opératoire est-elle fréquente, particulièrement lorsque l'on a du terminer rapidement l'intervention en raison de l'état de l'opéré par une suture en masse.

La récurrence de l'éviscération n'a jamais été signalée jusqu'à maintenant, bien que dans le cas de DOEBBELIN, l'amincissement progressif de la paroi la laisse prévoir.

Enfin, lorsque l'on reconstitue soigneusement la paroi on obtient souvent des guérisons durables avec sangle abdominale robuste permettant la reprise de travaux pénibles.

CHAPITRE VII

CONDUITE A TENIR

Un malade porteur d'une éviscération tardive est amené à l'hôpital. Que faut-il que le chirurgien fasse?

L'examen local a fait enregistrer l'étendue et l'importance des lésions visibles à première vue. L'examen général a apprécié les altérations importantes des principaux viscères et l'état général du sujet. Il faut alors opérer et l'intervention doit viser deux buts:

1° Réintégrer la masse herniée;

2° Réparer la brèche de la paroi abdominale, reconstituer celle-ci aussi solidement que possible afin de lui restituer sa valeur fonctionnelle.

CHOIX DE L'ANESTHÉSIE

En dehors des cas où le malade serait vu au stade ultime où il n'est plus qu'un moribond profondément choqué et au-dessus des ressources de la thérapeutique, éventualité exceptionnelle, il faut faire une anesthésie. Laquelle?

L'anesthésie locale:

Elle présente quelques avantages, c'est la moins choquante; elle supprime au moins partiellement les réflexes dangereux; elle n'altère pas l'appareil pulmonaire qu'il est parfois indispensable de ménager. Mais, le plus souvent, elle ne saurait suffire à elle seule: elle ne permet pas d'obtenir le silence abdominal absolument nécessaire pour que le chirurgien opère dans de bonnes

conditions, surtout au moment difficile de la réintégration. Elle verra ses indications réduites aux cas graves où il faut réduire au minimum le choc.

Les chirurgiens américains utilisent, dans l'éviscération précoce où l'état du sujet est en général plus atteint que dans les éviscérations tardives, une anesthésie locale à laquelle ils ajoutent, au moment de la réintégration, quelques bouffées de protoxyde d'azote pour obtenir le silence abdominal.

L'anesthésie rachidienne:

Nous avons constaté que les phénomènes de choc sont en général très peu marqués cliniquement; la chute tensionnelle que provoque la rachianesthésie sera moins dangereuse que n'auraient pu le faire redouter les constatations expérimentales. On pourra donc l'utiliser, car elle donne un silence abdominal parfait et qu'elle ne lèse pas le poumon.

Elle sera indiquée chez les sujets robustes, peu choqués, surtout s'ils présentent des lésions broncho-pulmonaires.

L'anesthésie générale:

Elle conviendra à la majorité des cas. Elle sera nécessairement profonde pour éviter l'issue des viscères sous les efforts ou par suite de l'agitation du malade mal endormi. On donnera la préférence à l'éther qui a une action favorable sur le cœur, contrairement au chloroforme.

Elle est responsable, toutefois, quand on utilise l'éther, de phénomènes aigus broncho-pulmonaires chez les sujets présentant une tare de cet appareil.

L'ASEPSIE

La rupture s'est faite d'une manière imprévue; les viscères sont profondément souillés. Que faire?

La désinfection aussi complète que possible avec un antiseptique est dangereuse. Elle nécessite de longues manipulations génératrices de choc; une détersion mécanique trop énergique dépolit et fait saigner la séreuse et détermine secondairement des adhérences. Cet effet est accru par l'irritation chimique due à l'antiseptique d'après les constatations expérimentales et cliniques d'OBÁLINSKI et TAUFFER. Par ailleurs, l'antiseptique altère les propriétés phagocytaires du péritoine.

Enfin, des observations où la réintégration a été faite, après une désinfection des plus sommaires, dans des cas où la septicité de la masse éviscérée a pu être prouvée par le développement de staphylocoques dorés sur des plaques d'agar mises au contact de l'intestion, ont montré que les résultats n'en étaient pas moins satisfaisants, les malades n'ayant manifesté aucune réaction péritonéale.

Il convient donc de bannir les antiseptiques.

On se contentera d'une détersion mécanique légère réalisée par un jet de sérum physiologique chaud sans addition d'antiseptique, qui exerce également une action favorable sur les phénomènes de choc et sur la pression artérielle. On éliminera en traumatisant le moins possible le péritoine, les corps étrangers adhérents; on ne s'attachera pas à obtenir à tout prix une désinfection absolue de la masse herniée.

On aura intérêt à recouvrir avant la réintégration les viscères sortis de compresses aseptiques humides et chaudes dont la température sera maintenue par des

arrosages de sérum physiologique chaud afin de lutter contre le refroidissement et la dessication des anses par l'air, qui engendrent des phénomènes de congestion, d'extravasation fibrineuse, responsables d'adhérences futures.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le malade anesthésié, le chirurgien aggrandit l'orifice cutané, en général minime, apprécie les lésions provoquées par la striction à son niveau. Ce temps est le plus souvent indispensable pour permettre la réintégration.

Les adhérences rompues, il tire légèrement sur la masse intestinale pour en examiner la portion qui se trouve au niveau de l'orifice et pour détruire les adhérences qui unissent les anses entre elles et risquent, après la réintégration, si elles sont suffisamment serrées de déterminer des phénomènes d'occlusion.

Il faut alors procéder à la réintégration. C'est le temps le plus difficile bien souvent pour le chirurgien en raison du météorisme abdominal qui fait que les anses glissent sous les doigts et sortent à un endroit alors qu'on les réintègre en un autre point particulièrement si l'incision est assez étendue. A cet obstacle, peuvent s'ajouter les vomissements et l'agitation de l'opéré mal endormi qui, par ses efforts, risque de faire se reproduire l'éviscération.

Ce temps nécessite une anesthésie profonde, des manipulations longues et répétées. Aussi, s'il est le plus difficile pour le chirurgien, est-il le plus dangereux pour le malade qui subit, au même instant, un surcroît d'intoxication par l'anesthésique et des traumatismes

viscéraux qui aggravent les phénomènes de choc qui existaient déjà. Ceux-ci atteignent leur maximum d'intensité, s'il se produit une nouvelle éviscération. (TIXIER)

La réintégration sera totale ou partielle si les anses éviscérées sont le siège de troubles circulatoires qui compromettent leur vitalité ou d'inflammation, qui les rendent dangereuses pour le péritoine. Si une anse présente des altérations trop importantes, elle sera réséquée.

D'après les observations citées par TIXIER, il semble, au moins dans les cas d'éviscération peu importantes, que par un processus naturel des viscères abdominaux puissent réintégrer la cavité abdominale. On pourra donc laisser au dehors une anse altérée recouverte de compresses humides aseptiques, la réintégration pourra se faire spontanément et la cicatrisation par deuxième intention; sinon on réintégrera dans un second temps.

Faut-il drainer?

On doit avoir présent à l'esprit deux notions:

— D'une part, la résistance remarquable à l'infection de ces péritoïnes irrités chroniquement. Les observations cliniques sont à peu près unanimes à la reconnaître, bien qu'on ne puisse l'expliquer.

— D'autre part, le danger que fera courir un drainage large à une paroi dont la déficience vient d'être rendue manifeste par sa rupture. Le moindre risque sera alors l'éventration.

Aussi, nous pensons qu'en dehors des cas où les anses se seront trouvées en contact avec un milieu très septique et seront profondément souillées, il faudra refermer et refermer sans drainage.

Quand le chirurgien devra drainer, il aura recours

aux petits drains de caoutchouc, de préférence au Mickuliez, responsable de cicatrices larges et fragiles.

La suture:

Le malade a plus ou moins bien supporté ces différentes manœuvres. Arrivé à la fermeture de l'abdomen, le chirurgien aura à sa disposition deux méthodes:

La suture en masse: Son principal avantage est d'être très rapide, permettant de réduire la durée de l'intervention, avantage appréciable si elle est pratiquée chez des sujets âgés ou en mauvais état physique. Mais assez fréquemment elle est suivie d'éventration.

On la réservera aux malades gravement atteints: aux choqués, aux porteurs de lésions viscérales, aux sujets âgés.

Elle sera faite avec de gros fils métalliques prenant largement les masses musculaires. Certains chirurgiens préfèrent la soie tressée, moins traumatisante.

La suture en trois plans péritonéal musculo-aponévrotique, cutané. Elle est plus longue, fréquemment difficile à réaliser au niveau du plan musculo-aponévrotique, du fait de l'amincissement de la paroi et de l'atrophie musculaire; elle ne met pas absolument à l'abri de l'éventration.

On la réservera aux sujets résistants et jeunes susceptibles d'avoir à fournir des efforts importants physiques ou physiologiques (grossesse).

La suture sera faite à points séparés au catgut assez gros. Malgré les critiques qui lui ont été adressées, il ne se résorbe rapidement que dans un milieu suppurant et, le plus souvent, donne, dans les conditions habituelles, les meilleurs résultats. La peau sera fermée aux crins.

Au moment de la suture, il convient d'éviter très soigneusement l'hémorragie par une hémostase rigoureuse. Tout vaisseau qui saigne doit être lié. Il faut, en effet, éviter la production d'un hématome.

On désinfectera soigneusement la plaie et l'on évitera l'interposition de franges épiploïques ou de bourrelets graisseux entre les lèvres de la plaie.

Les suites opératoires :

Il faut craindre :

— L'infection ; nous avons vu qu'elle était exceptionnelle ;

— L'éviscération précoce d'autant plus à redouter que l'on est intervenu sur une paroi particulièrement fragile et que l'on aura procédé à une suture hâtive.

— L'occlusion intestinale, par suite des adhérences anciennes et qui ont échappé au chirurgien ou récentes consécutives à l'éviscération.

Tardivement, on peut craindre l'apparition d'une éventration.

Il faut éviter autant que possible :

— Les vomissements post-opératoires responsables d'à-coups dangereux de pression intra-abdominale. Les lavages d'estomac pré-opératoires en constitueraient un prophylaxique efficace ;

— La toux qu'il faut absolument calmer, qui agit par le même mécanisme et risque également de faire rompre la suture.

On évitera les efforts de défécation par une surveillance attentive de l'intestin.

Enfin on ne fera pas lever trop précocement l'opéré et l'on retardera jusqu'au dixième ou quinzième jour l'ablation des crains.

Il portera longtemps une ceinture abdominale assurant une contention suffisante.

CHAPITRE IX

CONCLUSION

L'éviscération tardive nous est apparue comme un accident :

1° Très rare ;

2° Mettant en lumière la résistance tout à fait remarquable au choc abdominal et à l'infection de ces malades, sans qu'il soit possible d'en donner une explication satisfaisante. Notre malade a pu rester quatre jours avec une brèche ouverte dans sa paroi, sans présenter de troubles notables.

— Il s'agit d'une complication d'une laparotomie, les autres causes d'éventration s'avérant insuffisantes à elles seules à produire l'éviscération ; mais qui interviennent en affaiblissant le terrain et en aggravant l'incision de la paroi.

— Du fait du mauvais terrain sur lequel on intervient, les résultats fonctionnels sont souvent médiocres.

— Néanmoins, le pronostic vital est en général bon, bien meilleur que ne pourrait le laisser supposer l'importance et les circonstances de l'accident.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUAVIVA. — L'éventration post-opératoire. *Thèse Montpellier*, 1921, n° 37.
- BARTHÉLÉMY. — Les hernies abdominales latérales. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie de Paris*, 1919, xiv, pp. 1313-1319.
- BAUBY. — Trois cas d'éviscération. *Archives provinciales de Chirurgie*, t. x, n° 6, juin 1901, p. 332.
- BRIAUSON (DE). — Eviscération spontanée post-opératoire. *Thèse Toulouse*, 1901, n° 444.
- CHAVANNAZ. — *Bulletin médical*, 1900, xiv, pp. 461-463.
— De l'éviscération post-opératoire spontanée. *Revue de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, 1900, t. II, n° 5.
- CESTAN. — *Toulouse médical*, 1^{er} novembre 1900, n° 21, pp. 249-252.
— Deux nouveaux cas d'éviscération. *Toulouse médical*, 1906.
- DEMONS. — Eviscération post-opératoire. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1906, n° 36, p. 652.
- DENNECÉ. — Du rôle de l'insuffisance musculaire dans l'éventration post-opératoire. Paris, 1902, n° 569.
- DOLERIS. — Leçon clinique sur l'éventration post-opératoire. *La Gynécologie*, 1897.
- FIASTRE. — Contribution à l'étude de la maladie et du shock opératoire. *Thèse Marseille*, 1942, n° 18.
- FOSSE. — Contribution à l'étude des éventrations et de leur traitement. *Thèse Montpellier*, 1898, n° 18.

- GUINARD et TIXIER. — Effets physiologiques de l'éviscération, du schock abdominal, étude expérimentale. *Congrès pour l'avancement des Sciences*, Saint-Etienne, 5-12 août 1894.
- HOMER. — Rupture de cicatrices abdominales post-césariennes. *Journal of the American Medical Association Chicago*, an XCIII, n° 15, 12 octobre 1929.
- KATZ-TCHEBICHEFF (Mme). — Rupture spontanée des enveloppes herniaires. *Thèse Paris*, 1901, n° 431.
- LABBÉ. — De l'éventration. *Thèse Paris*, 1907, n° 342.
- MAUCLAIRE. — *Congrès d'Obstétrique et Gynécologie*, (Rouen), avril 1904. Bulletin avril 1904.
- MONOD et KIRALDY. — Eviscération post-opératoire spontanée chez l'adulte. *Presse médicale*, année XXXVII, n° 16, 23 février 1929, pp. 253-254.
- RECOURS. — De l'éviscération post-opératoire spontanée. *Thèse Bordeaux*, 1901, n° 71.
- RENAUDIÈRE DE VAULX. — Contribution à l'étude des éventrations post-opératoires par atrophie musculaire. *Thèse Paris*, 1901, n° 561.
- RIU. — Eviscération spontanée post-opératoire tardive. *Thèse Montpellier*, 1935, n° 297.
- ROBINEAU. — Eventration traumatique de la région inguinale. *Concours méd.*, 20-2-1946, p. 138-140.
- ROSENO. — *Deutch Med. Wochenschrift*, t. XLIX, n° 46, 16 novembre 1923. In *Journal de Chirurgie*, 1924, t. I, p. 177.
- SERAFINO et FIASTRE. — *Marseille médical*, 1942, n° 12, p. 535.
- STEPHANT. — Complications des éventrations post-opératoires. *Thèse Bordeaux*, 1906, n° 115.

TIXIER. — Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale. Du shock abdominal. Etude clinique et expérimentale. *Thèse Lyon*, 1898, n° 2.

TOURNEMELLE. — Eversion post-opératoire. *Thèse Paris*, 1900, n° 242.

En ma qualité de Conseur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

De la rupture des éversions

par André GERMAIN

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 8 mai 1946.

Le Professeur:
AIMES.

Vu:

Montpellier, le 8 mai 1946.

Le Doyen:
G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 10 mai 1946.

Jean SARRAILH.
Le Recteur:

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état en servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

